

---

## Imunoterapia específica em época de pandemia de COVID-19

---

Arq Asma Alerg Imunol. 2020;4(2):238-9.  
<http://dx.doi.org/10.5935/2526-5393.20200035>

Estamos vivendo dias de apreensão e insegurança sem precedentes com a presença do novo coronavírus entre nós. Embora cada um espere que a pandemia do COVID-19 seja contida e atenuada o mais rápido possível, todos temos compromissos pessoais e deveres profissionais para com nossos pacientes e a sociedade em geral<sup>1</sup>. A ASBAI se alia à resposta pandêmica durante esta emergência global e propõe ações em uma situação altamente específica e temporária, em que há um estado de emergência e risco de pandemia que supera o risco de adiamento de uma consulta para distúrbios alérgicos/imunológicos<sup>2,3</sup>.

O distanciamento social é uma medida essencial de saúde pública para diminuir a propagação do COVID-19 e achatar a curva de prevalência. Deve-se considerar o adiamento das intervenções eletivas do sistema de saúde sempre que possível. As atividades essenciais de saúde devem ser realizadas da maneira mais segura possível.

### Implicações práticas

As implicações práticas de COVID-19 nos serviços de alergia incluem: (i) quarentena de 14 dias imposta ou voluntária ao médico e seu *staff*; (ii) restrições de atendimento em consultório após infecção do médico por COVID-19; (iii) redução das consultas novas e de acompanhamento para imunoterapia de alérgenos (ITA) e testes diagnósticos. Estas preocupações são reais e válidas e, compreensivelmente, não há soluções fáceis para estes problemas. É essencial que qualquer membro da equipe fique em casa quando estiver doente ou tiver tido contato domiciliar com paciente infectado.

A melhor abordagem é limitar o número de pacientes de ITA em seguimento e os horários em que estes recebem as aplicações para diminuir o número de pacientes na sala de espera a qualquer momento. Faz sentido es-

tender o intervalo da ITA para também limitar o número de pacientes em tratamento imunoterápico. É necessário considerar os riscos e benefícios gerais da administração de imunoterapia individualmente para cada paciente.

Os parâmetros atuais da prática dizem que a ITA de manutenção pode ser administrada a cada 2-6 semanas, personalizada para o paciente. Assim, para a maioria dos pacientes a frequência da imunoterapia subcutânea de manutenção com aeroalérgenos pode ser estendida com segurança. Durante a fase de indução da ITA isso pode não ser o mesmo, pois geralmente não é recomendado aumentar doses com intervalos maiores. Quando possível, não iniciar ITA nestes dias de pandemia. Seguem abaixo as orientações práticas:

- 1) Para pacientes com rinite alérgica sem asma, a imunoterapia não deve ser iniciada.
- 2) Para pacientes com rinite alérgica e asma, a imunoterapia não deve ser iniciada, a menos que haja circunstâncias incomuns, como um paciente com exposição inevitável a um gatilho que resultou em anafilaxia ou hospitalização relacionada à asma, onde nenhuma alternativa é viável em curto e médio prazo.
- 3) A imunoterapia aplicada fora do consultório médico pode ser considerada em circunstâncias excepcionais para os pacientes na fase de manutenção do tratamento. Para pacientes que recebem imunoterapia com veneno, que são claramente informados sobre riscos e benefícios e concluíram um processo de consentimento informado, não tiveram reação sistêmica prévia, não têm comorbidades ou uso de medicamentos que tornariam a anafilaxia mais grave/difícil de tratar, se forem educados sobre o processo de armazenamento, manuseio e administração adequados da imunoterapia com alérgenos, tiverem acesso e orientação pessoal e/ou de familiar sobre os sinais e sintomas de anafilaxia e uso de adrenalina, a administração domiciliar pode ser considerada durante a pandemia. Para serviços com número grande de pacientes sugere-se atendimento dos pacientes com horário marcado para evitar aglomerações em salas de espera.
- 4) Para pacientes atualmente em ITA com alérgenos inaláveis para rinite alérgica com ou sem asma, considere ampliar o intervalo entre as injeções para cada duas semanas na indução (sem aumentar a concen-

tração), e a cada seis semanas para manutenção; ou, preferivelmente, suspender o tratamento até que as medidas pandêmicas sejam levantadas.

- 5) Não deve haver alteração para início da imunoterapia de veneno (ITAv) de pacientes com histórico de reação sistêmica ao veneno, pois é uma condição com risco de vida e é um serviço essencial. Os pacientes em ITAv de manutenção podem ser espaçados a cada 2-3 meses, se estiverem em manutenção há pelo menos um ano. ITAv NÃO deve ser iniciada ou continuada em pacientes com grandes reações locais ou com história de reação cutânea generalizada isolada<sup>4,5</sup>.

É importante ressaltar que somente os especialistas que tenham a estrutura física do consultório ou clínica em condições de cumprir todas as recomendações do Ministério da Saúde e CFM, incluindo duas salas de espera, duas salas de atendimento e a possibilidade de distanciamento de 2 metros entre os pacientes, enquanto aguardam o atendimento, poderão manter os atendimentos clínicos e a imunoterapia alérgeno-específica.

#### Referências

1. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020;382:1708-172.
2. Del Rio C, Malani PN. COVID-19-New Insights on a Rapidly Changing Epidemic [published online ahead of print, 2020 Feb 28]. *JAMA*. 2020;10.1001/jama.2020.3072. doi:10.1001/jama.2020.3072
3. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020 Feb 24. doi: 10.1001/jama.2020.2648. Online ahead of print.
4. Golden DBK, Bernstein DI, Freeman TM, Tracy JM, Lang DM, Nicklas RA. AAAAI/ACAAI Joint Venom Extract Shortage Task Force Report. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2017;5(2):330-2.
5. Golden DB, Demain J, Freeman T, Graft D, Tankersley M, Tracy J, et al. Stinging insect hypersensitivity: A practice parameter update 2016. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2017;118(1):28-54.

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação desta carta.

Departamento Científico de Imunoterapia e Imunobiológicos da ASBAI:

**Nelson Augusto Rosario Filho**

**José Luiz de Magalhães Rios**

**José Laerte Boechat Morandi**

**João Negreiros Tebyriçá**

**Geórgia Vêras de Araújo Gueiros Lira**

**Martti A. Antila**

**Veridiana Aun Rufino Pereira**

**Filipe Wanick Sarinho**

**Norma de Paula Motta Rubini**

## Exercise-induced anaphylaxis: food-and drug-dependent

*Arq Asma Alerg Imunol*. 2020;4(2):239.

<http://dx.doi.org/10.5935/2526-5393.20200036>

Exercise-induced anaphylaxis is estimated to account for 3% of all cases of anaphylaxis. The main differential diagnosis is with cholinergic urticaria. All aerobic exercises are triggers and exercise-induced anaphylaxis may display food-dependence, with or without specific IgE sensitivity. The most commonly implicated foods are wheat/gluten (omega-5 gliadin epitope) and shellfish. In wheat-dependent exercise-induced anaphylaxis, a high gluten intake without exercising, but with aspirin and alcohol as co-triggers, may also cause anaphylaxis. Exercise-induced anaphylaxis may also be associated with dependence to non-steroidal anti-inflammatory drugs, including aspirin.

Avoidance of eating 4-6 hours prior to exercising is extremely important. The diagnostic test consists of standard treadmill exercises for about 30 minutes with prior food or drug challenges. Therapeutic measures include the possible use of second generation anti-H1 antihistamines, and an epinephrine auto-injector. It is very important to immediately stop exercising at the onset of symptoms. Omalizumab can be successfully used in refractory cases.<sup>1-4</sup>

#### References

1. Geller M. Diagnostic and therapeutic approach in patients with exercise-induced anaphylaxis. *Curr Treat Options Allergy*. 2016;3:181-8.
2. Brockow K, Kneissl D, Valentini L, Zelger O, Grosber M, Kugler C, et al. Using a gluten oral food challenge protocol to improve diagnosis of wheat-dependent exercise-induced anaphylaxis. *J Allergy Clin Immunol*. 2015;135:977.
3. Geller M. Sexual Intercourse as a trigger of inducible urticaria. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2019;122:659-60.
4. Feldweg AM. Food-dependent, exercise-induced anaphylaxis: diagnosis and management in the outpatient setting. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2017;5:283-8.

No conflicts of interest were declared associated with the publication of this letter.

**Mario Geller**

MD, MACP, FAAAAI, FACAAI

Geller Allergy and Immunology Clinic

E-mail: [drmariogeller@gmail.com](mailto:drmariogeller@gmail.com)